



DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa dei senatori BINETTI, RIZZOTTI, MINUTO, CONZATTI, TESTOR, MASINI, CANGINI, PEROSINO, BERNINI, GALLONE, AIMI, TOFFANIN, PAROLI, SICLARI e BERUTTI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 4 APRILE 2019

Disposizioni in favore delle persone affette da epilessia

Onorevoli Senatori. – Il disegno di legge in esame scaturisce dalla necessità di fare fronte a un problema di enorme rilevanza sanitaria e sociale, l'epilessia. Con la sua adozione si vuole assicurare il miglioramento della qualità di vita alle persone con epilessia e alle loro famiglie, attraverso un'efficace assistenza socio-sanitaria, diagnosi precoci, terapie adeguate e interventi efficaci in ambito sociale.

L'epilessia è una delle patologie neurologiche croniche più diffuse nel mondo, che si esprime in molteplici forme diverse tra loro sia per età di insorgenza che per gravità e possibilità di trattamento. In Italia le persone con epilessia sono circa 500.000 e vengono riportati circa 30-50.000 nuovi casi ogni anno, con due picchi di incidenza più elevata, uno in età infantile ed un altro – di maggiore entità – negli individui al di sopra dei 65 anni. Le cause dell'epilessia sono, tra loro, molto diverse: da quelle genetiche (che spiegano i casi un tempo definiti ad etiologia sconosciuta) a quelle strutturali, in conseguenza di malformazioni cerebrali, esiti di traumi cranici, tumori, malattie infettive del sistema nervoso centrale, e così via. Oltre un terzo delle persone con epilessia non risponde a nessuna delle terapie farmacologiche attualmente disponibili (epilessia farmaco-resistente) e, se si escludono le risoluzioni della patologia conseguenti alla terapia neurochirurgica o le guarigioni delle rare forme benigne età dipendenti, si può affermare che la vera e propria guarigione dall'epilessia è un concetto difficilmente proponibile. In sintesi, dunque, l'epilessia è una patologia neurologica cronica che può andare incontro a risoluzione ma che difficilmente guarisce e, in oltre un terzo dei casi, non si dispone at-

tualmente di terapie efficaci per il controllo delle crisi epilettiche. Ciò nonostante, l'epilessia non figura tra le malattie croniche oggetto del Piano nazionale delle cronicità e questo testimonia quanto la patologia sia poco conosciuta anche a livello istituzionale e, per questo, spesso ignorata.

Va precisato che l'epilessia è una malattia cronica caratterizzata dalla ricorrenza di crisi epilettiche. Crisi epilettiche ed epilessia non sono però la stessa cosa. Una crisi epilettica è una transitoria insorgenza di segni o sintomi dovuti ad un'attivazione neuronale anomala, eccessiva e ipersincrona a livello cerebrale, e può essere provocata da una serie di fattori mentre, l'epilessia è una malattia cronica definita dalla comparsa di crisi non provocate (o riflesse).

Esistono diversi tipi di crisi epilettiche, che possono essere distinte in base alla localizzazione di esordio e propagazione della scarica parossistica a livello cerebrale. Le crisi possono essere suddivise in crisi focali o generalizzate. Le prime iniziano in una zona circoscritta della corteccia cerebrale e a volte possono propagarsi ad altre aree cerebrali. I sintomi dipendono dall'area coinvolta dall'attività parossistica, a esempio sono di tipo motorio se la scarica coinvolge l'area motoria, visivi se interessa il lobo occipitale, uditivi se interessa la parte laterale del lobo temporale, etc. Le crisi generalizzate, invece, coinvolgono, fin dall'inizio o molto precocemente, i due emisferi cerebrali. A loro volta, le crisi generalizzate si suddividono in diversi tipi, le forme più comuni sono le crisi tipo « assenza » caratterizzate da brusca sospensione della coscienza e rapida ripresa dopo circa 5-15 secondi; le crisi tonico-cloniche o cloniche ge-

neralizzate i cui sintomi consistono in un'iniziale e brusca perdita di coscienza, caduta a terra con rigidità diffusa su tutto il corpo (fase tonica), dopo circa 20-30 secondi comparsa di scosse ritmiche su tutto il corpo (fase clonica), possono associarsi a emissione di urlo, *morsus* della lingua e perdita di urine o feci. Normalmente le crisi epilettiche si risolvono spontaneamente entro secondi o minuti e, a volte, possono essere seguite da *deficit* post-critici (sonnolenza, *deficit* motorio, sensitivo o sensoriale, afasia, e così via), con progressiva ripresa delle normali funzioni. Quando le crisi sono particolarmente prolungate (oltre 5 minuti) o si ripetono in modo ravvicinato per oltre 20 minuti si realizza una condizione definita stato epilettico che rappresenta un'emergenza medica, richiedendo il ricovero in ambiente ospedaliero, con intervento anche di tipo riabilitativo. Lo stato epilettico può essere sia di tipo convulsivo che non convulsivo e costituisce una delle più gravi emergenze neurologiche, in quanto è associata ad alto rischio di morbilità e mortalità.

Il tasso di mortalità delle persone con epilessia è più elevato rispetto a quello della popolazione generale. Il rischio di mortalità associato all'epilessia è strettamente dipendente dal tipo di epilessia e dal grado di controllo ottenuto con la terapia in atto. Esso dipende anche da fattori strettamente connessi alle crisi (annegamento, soffocamento da cibo malato, traumi cranici per caduta improvvisa, stato epilettico, eccetera). Nelle persone con epilessia è segnalato anche un rischio aumentato di suicidio, che può essere messo in correlazione con le comorbilità ansioso-depressive. Merita infine menzione la morte improvvisa ed inaspettata *Sudden Unexplained Death in Epilepsy* (SUDEP) che è la causa di decesso più comune legata all'epilessia. La SUDEP ha un'incidenza di circa 1 caso su 1000 l'anno (circa 50.000 l'anno a livello mondiale) ed il suo rischio è maggiore nei pazienti gravemente

farmacoresistenti e che presentano crisi molto intense e prolungate.

L'epilessia, come già detto, colpisce persone di tutte le età, senza distinzioni di genere, condizione sociale, culturale ed economica e tutte queste persone, a causa della loro malattia, sono spesso soggette a stigmatizzazione e discriminazione causate da ignoranza, pregiudizi e atteggiamenti negativi attorno alla patologia e vanno incontro a gravi difficoltà per quanto riguarda l'istruzione, l'occupazione (si registrano altissimi livelli di disoccupazione tra le persone con epilessia in tutta Europa), il matrimonio e la riproduzione, lo sport, la gestione del tempo libero e dei viaggi, e così via.

Sotto il profilo sociale, l'epilessia costituisce una e vera e propria emergenza. Secoli di ignoranza e oscurantismo hanno circondato di mistero e paure il suo sintomo più evidente, la crisi epilettica, inducendo le persone con epilessia a nascondere, ove possibile, la loro condizione. Consapevole di questo, nel 1997, l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e due organizzazioni internazionali non governative, l'*International League Against Epilepsy* (ILAE) alla quale aderisce la società scientifica italiana Lega italiana contro l'epilessia (LICE) e l'*International Bureau for Epilepsy* (IBE) alla quale aderiscono le associazioni italiane, l'Associazione italiana contro l'epilessia (AICE) e la Federazione italiana epilessie (FIE), hanno lanciato la campagna globale contro l'epilessia «Fuori dall'ombra» e nel 2008 l'OMS ha lanciato il programma di azione sul divario della salute mentale che ha fornito una solida base di lavoro per lo sviluppo globale di politiche a favore dell'epilessia. Nel più recente passato, organizzazioni governative e non governative, società accademiche e altri organi internazionali, incluso il Parlamento europeo con la dichiarazione sull'epilessia n. 0022 del 2011, hanno incentivato l'adozione di politiche a favore dell'epilessia e hanno assunto un ruolo im-

portante nei confronti dei governi nazionali. In questo senso, ancora una volta, si sono distinte l'ILAE e l'IBE che, nell'ambito dei rapporti ufficiali con l'OMS con la quale collaborano da diversi anni, hanno ottenuto le risoluzioni del 2 Febbraio 2015 n. 136/R8 dell'*Executive Board* e del 26 maggio 2015 n. 68.20 dell'Assemblea generale dell'OMS con le quali gli stati membri sono stati sollecitati ad adottare politiche finalizzate a promuovere e rafforzare la capacità di ricerca sull'epilessia, assicurare cure e assistenza adeguate all'entità del fenomeno e alla sua gravità, promuovere la sensibilizzazione e l'istruzione sull'epilessia, in particolare nella scuola primaria e secondaria, al fine di contribuire alla riduzione di pregiudizi, stigmatizzazioni e discriminazioni verso gli individui affetti da epilessia e le loro famiglie, largamente diffusi in tutti i Paesi con gravi conseguenze in ogni ambito. Lo stesso Governo italiano, tramite il Ministero della salute, dapprima si è reso *sponsor* delle risoluzioni dell'OMS e, dopo la loro adozione, ha realizzato una campagna di comunicazione sociale dal titolo « L'epilessia esiste. Parliamone » che ha la finalità di veicolare messaggi positivi verso la società civile senza il cui coinvolgimento non sarà possibile modificare la distorta e stigmatizzante percezione dell'epilessia e ciò che essa comporta per le persone che ne sono malate.

Una specifica trattazione richiede la gestione degli studenti con epilessia nell'ambiente scolastico. Solo se si consideri che il tasso complessivo d'incidenza di epilessia nei bambini di età compresa tra 1 mese e 17 anni è di 44 casi per 100.000 all'anno, è evidente come il primo ambiente sociale con il quale impatta l'epilessia è proprio quello scolastico. I risultati emersi da un'indagine recentemente svolta presso gli insegnanti delle scuole primarie e secondarie di primo grado per verificare le modalità di approccio

al problema sono deludenti per non dire preoccupanti¹. La quasi totalità degli insegnanti conosce l'esistenza della patologia ma solo pochissimi sono informati sulle caratteristiche della malattia e sulle modalità di gestione delle crisi. La maggioranza degli interpellati è convinta che si tratti di una malattia ereditaria e oltre il 60 per cento non sa come comportarsi in caso di crisi o, peggio ancora, pensa di doversi comportare in modi che sono del tutto errati. L'indagine dimostra, inoltre, che nei tre quarti dei casi l'esordio dell'epilessia avviene durante il percorso scolastico, prima dei venti anni di età e, in particolare, nei bambini e negli adolescenti. Uno degli obiettivi del disegno di legge in esame è, pertanto, quello di trasferire nell'ambito scolastico la percezione del bambino/studente con epilessia senza connotazioni disvaloriali di diversità che alimentano lo stigma quando addirittura non lo creano! Per fare in modo che questo si realizzi è indispensabile un'azione strutturata e continuativa di formazione del personale scolastico all'accoglienza e alla corretta gestione dello studente con epilessia. Il personale scolastico potrà diventare il veicolo di conoscenza, forse l'unico, di sicuro il più efficace, capace di produrre quell'avanzamento culturale indispensabile perché a livello sociale l'epilessia perda ogni connotazione stigmatizzante. Perché questo accada esso deve essere dotato di strumenti di conoscenza circa le caratteristiche della malattia, gli effetti dei farmaci antiepilettici sulle capacità cognitive o attentive, gli effetti psicologici della malattia su chi ne è colpito costretto a convivere con l'incognita della crisi epilettica che lo pone in condizione di grande fragilità sia per la perdita del controllo del proprio corpo che per il pericolo di traumatismi; esso deve essere adeguatamente formato a gestire le crisi epilettiche, sia sotto il profilo dell'assistenza allo stu-

¹ L'indagine è stata realizzata dalla Lega italiana contro l'epilessia (LICE).

dente, che della gestione delle emozioni che la crisi epilettica può scatenare in chi, senza conoscerne le caratteristiche e senza sapere come comportarsi, vi assiste. Sempre riguardo a quanto sia importante, anche sotto il profilo strettamente sanitario, che l'epilessia trovi una corretta capacità di gestione nell'ambiente scolastico, è importante evidenziare che la cura dell'epilessia è basata sull'utilizzo di farmaci specifici (antiepilettici) la cui efficacia è spesso legata al grado di cosiddetta « *compliance* » alla terapia da parte del malato. La terapia farmacologica non deve essere mai interrotta e deve essere assunta con regolarità anche oraria, spesso anche in 2-3 dosi giornaliere. Pertanto, durante l'orario scolastico, è indispensabile che allo studente venga assicurata la possibilità di mantenere la continuità terapeutica somministrandogli il farmaco, quando per età o capacità, non è nelle condizioni di provvedervi direttamente.

Per quanto riguarda, invece, il trattamento della crisi epilettica convulsiva in acuto, il primo soccorso consiste nel mettere in posizione di sicurezza il bambino, su un fianco, e nell'allontanare eventuali oggetti con cui possa ferirsi. In caso di crisi convulsive che non si interrompono spontaneamente dopo pochi minuti (3-5 minuti circa) è necessario la somministrazione di farmaci. Tali farmaci, di uso domestico, vengono abitualmente somministrati dai genitori e la stessa cosa può essere fatta da personale non sanitario, quale quello scolastico, previa autorizzazione, non essendo richieste per la relativa somministrazione né competenze tecnico-sanitarie, né discrezionalità circa i tempi e i modi.

Di contro, un soccorso non efficiente nelle situazioni di emergenza, può esporre il bambino/studente al rischio di soffocamento o al rischio di riportare lesioni da trauma qualora non venisse messo in sicurezza. Inoltre, una crisi prolungata che non venga interrotta con la somministrazione del far-

maco salvavita, può persistere fino all'instaurarsi di uno stato epilettico che può determinare un danno cerebrale e mettere a rischio la vita del bambino/studente.

Entrambi gli interventi richiesti in ambito scolastico, rientrano nell'ottica della promozione della salute e della prevenzione delle complicanze della patologia per evitarne le ricadute sulla qualità di vita del bambino e della sua famiglia e, più latamente, per la società. Del resto, in ambito scolastico, il tema della tutela della salute e della gestione di situazioni di emergenza è già emerso e ha trovato concreta risposta nella formazione del personale scolastico al primo soccorso. Primo soccorso che contempla anche casi di interventi che richiedono discrezionalità e capacità tecniche come nel caso della defibrillazione.

Un passo importante verso il riconoscimento del diritto delle persone con epilessia a poter ottenere il permesso di guida è stato fatto con il decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti 30 novembre 2010, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 301 del 27 dicembre 2010, con cui risulta recepita la direttiva 2009/112/CE della Commissione, del 25 agosto, e con il decreto legislativo del 18 aprile 2011, n. 59, recante « Attuazione delle Direttive 2006/126/CE e 2009/113/CE concernenti la patente di guida ». Si è trattato di una grande novità che ha visto l'ingresso nella legislazione domestica di una disciplina organica delle modalità per il rilascio e il rinnovo della patente di guida alle persone con epilessia. Il possesso della patente di guida è, infatti, un fattore di indipendenza e autonomia, favorisce l'autostima e incrementa le opportunità lavorative. Ottenerne il rilascio è un obiettivo di primaria importanza nella vita delle persone adulte e le persone con epilessia non fanno eccezione. Nei dieci anni di vita della legge, tuttavia, ne sono venute in rilievo alcune difficoltà interpretative e applicative e, in particolare, prima fra tutte, l'in-

interpretazione del punto D.7.1. dell'allegato III del decreto legislativo n. 59 del 2011 che disciplina, appunto, l'epilessia. Il paragrafo prevede, solo per il caso di epilessia² l'obbligo di segnalazione alla Motorizzazione civile (MC) dello stato patologico delle persone con epilessia che accedono a «Enti o Amministrazioni che per motivi istituzionali di ordine amministrativo previdenziale, assistenziale o assicurativo abbiano accertato l'esistenza di tale condizione». A parte l'evidente violazione del principio di uguaglianza di cui all'articolo 3 della Costituzione, la formulazione del paragrafo ha generato molti dubbi circa i soggetti destinatari dell'obbligo di segnalazione. Tuttavia, la censura più rilevante è stata rivolta alla legittimità della prescrizione che, nella sua formulazione attuale sembra proporsi di realizzare, presso la MC, delle vere e proprie liste contenenti i nominativi delle persone con epilessia, senza alcuna distinzione neanche rispetto all'età della persona da segnalare e a prescindere da una sua manifestazione di volontà di ottenere la patente. Volendo seguire diligentemente la prescrizione della norma, dovrebbero essere segnalate alla MC anche i minori con epilessia e tutti coloro che hanno ricevuto la diagnosi di epilessia presso un ente pubblico, mentre coloro che l'avessero ricevuta presso un ente privato non rientrante nell'elencazione di cui alla norma, non dovrebbero essere segnalati. È evidente l'abnormità di una tale previsione che, peraltro, pare aver dato luogo a una scarsa applicazione. Altra criticità è rappresentata dal concetto di guarigione dall'epilessia espresso nella norma. Secondo il legislatore del 2011, la persona con epilessia libera da crisi epilettiche da dieci anni in assenza di terapia è da ritenersi guarita. Tutta-

via in ambito scientifico il termine « guarigione » non trova applicazione; viene, invece, usato il termine « risoluzione » ma la relativa definizione non coincide con quella declinata nel decreto legislativo n. 59 del 2011. La questione più rilevante è, dunque, quella di definire i casi nei quali decadono le restrizioni previste dal decreto legislativo per la persona con epilessia che veda venire meno lo stato patologico che ha giustificato l'applicazione di quelle restrizioni. L'articolo 4 del disegno di legge risponde, pertanto, a tale necessità seppure non modifica la previsione più severa prevista dal decreto legislativo per il rilascio delle patenti del Gruppo 2 individuato nel decreto stesso. Altro elemento di criticità si è rivelato essere quello del periodo di validità della patente tra un rinnovo e l'altro. La relativa determinazione è affidata alla valutazione discrezionale delle commissioni mediche e varia, sensibilmente, tra una commissione e l'altra senza alcuna apparente ragione che giustifichi tanto divario. La legge, pertanto, dovrebbe prevedere un periodo di validità della patente almeno pari a quello di libertà da crisi o, a discrezione – e non arbitrio – della commissione, più lungo, ma mai inferiore.

Il disegno di legge si compone di 11 articoli.

L'articolo 1 stabilisce la finalità della legge, che è quella di consentire e di assicurare la piena integrazione e il miglioramento della qualità di vita delle persone con epilessia e declina le modalità per il raggiungimento di tali obiettivi.

L'articolo 2 prevede l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e delle linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza de-

² Tale obbligo non è previsto per gli le persone con disturbi visivi, con malattie cardiovascolari o che facciano uso di sostanze stupefacenti e abuso di alcol prese in considerazione dalla stessa norma ai fini delle limitazioni per il rilascio e rinnovo della patente. Solo per le persone con diabete è previsto, seppure in maniera ancora più generica non essendo menzionato il soggetto destinatario dell'obbligo, un similare obbligo di segnalazione all'ufficio della MC, in caso di crisi di grave ipoglicemia o di modifiche della terapia farmacologica che possono indurre ipoglicemia grave, al fine di avviare il procedimento di revisione della patente previsto dall'articolo 128 del Codice della strada.

gli interventi assistenziali per la diagnosi e la cura dell'epilessia.

L'articolo 3 prevede la promozione della ricerca scientifica con la doppia finalità di migliorare i processi diagnostici e terapeutici e facilitare il superamento dello stigma.

L'articolo 4 introduce un'importante novità e cioè le modalità attraverso le quali far decadere tutte le limitazioni derivanti dal precedente stato patologico.

L'articolo 5 contiene la definizione di farmacoresistenza e ne disciplina gli effetti per le persone che versano in tale condizione.

L'articolo 6 disciplina la gestione dell'epilessia nella scuola sia per quanto riguarda l'inclusione degli studenti con epilessia che la somministrazione di farmaci in orario scolastico per assicurare la continuità terapeutica e in caso di emergenza.

L'articolo 7 prevede l'estensione della tutela antidiscriminatoria prevista dalla legge n. 67 del 2006 alle persone con epilessia che vengono discriminate come le persone con

disabilità anche quando non hanno alcuna disabilità.

L'articolo 8 prevede l'adeguamento dei livelli essenziali di assistenza a fini diagnostici e terapeutici e disciplina le politiche regionali sull'epilessia; ha la finalità di porre rimedio alla significativa disparità di trattamento nella cura e nell'assistenza delle persone con epilessia nelle varie regioni italiane.

L'articolo 9 prevede disposizioni in materia di rilascio della patente di guida in favore delle persone con epilessia.

L'articolo 10 istituisce l'Osservatorio nazionale permanente per l'epilessia, organo avente il compito di tutelare il diritto delle persone con epilessia a non essere discriminate in ragione della loro malattia e a ricevere, su tutto il territorio nazionale, adeguati livelli di assistenza, uniformi e omogenei.

L'articolo 11 specifica la copertura finanziaria.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Finalità)

1. La presente legge, nel rispetto del principio della parità di trattamento di cui all'articolo 3 della Costituzione, in conformità a quanto previsto dalla dichiarazione scritta sull'epilessia del Parlamento europeo n. 0022/2011 del 9 maggio 2011 e dalla risoluzione dell'Assemblea dell'Organizzazione mondiale della sanità n. WHA68.20 del 26 maggio 2015, che sollecitano gli Stati membri dell'Unione europea ad adottare piani nazionali di assistenza sanitaria per la gestione dell'epilessia, per superare disuguaglianze e iniquità nei servizi sanitari e sociali e per rafforzare i servizi pubblici di assistenza sanitaria nel contesto della copertura sanitaria universale, in modo che l'epilessia possa essere diagnosticata e curata in maniera appropriata, ha la finalità di consentire e di assicurare la piena integrazione e il miglioramento della qualità di vita delle persone con epilessia, attraverso un'efficace assistenza socio-sanitaria, diagnosi precoci e terapie adeguate.

2. Per il conseguimento delle finalità di cui al comma 1, il Ministro della salute, in collaborazione con le regioni e con gli enti locali, con le scuole, con gli enti del terzo settore, con le società scientifiche, con le aziende sanitarie locali e ospedaliere, con i medici di medicina generale e con le strutture sanitarie pubbliche e private, promuove campagne di informazione e di formazione dirette a:

a) diffondere tra i medici di medicina generale e tra i medici delle strutture sani-

tarie pubbliche e private la conoscenza delle disposizioni della presente legge;

b) divulgare tra i cittadini una corretta informazione sui contenuti della presente legge, anche avvalendosi dell'attività svolta dai medici di medicina generale;

c) promuovere la realizzazione e la divulgazione di messaggi ed attivare canali di sensibilizzazione ed informazione sull'epilessia attraverso i mezzi di comunicazione di massa;

d) favorire l'implementazione di *master* e di corsi di alta formazione in epilettologia clinica, diretti a neurologi, neuropsichiatri infantili, e di ogni altra specializzazione medica, al fine di aggiornare e diffondere le conoscenze in ambito di diagnosi e cura dell'epilessia;

e) assicurare una capillare distribuzione di materiale di informazione sull'epilessia presso le strutture sanitarie preposte alla diagnosi e alla cura della patologia;

f) rafforzare la collaborazione e il dialogo tra le famiglie e il personale scolastico per favorire la corretta gestione dell'epilessia nell'ambiente scolastico;

g) migliorare l'accoglienza dei bambini e degli studenti con epilessia nelle scuole di ogni ordine e grado;

h) istituire corsi di aggiornamento per docenti sulle problematiche relative all'epilessia nell'età scolare e sulle sue specificità.

Art. 2.

(Aggiornamento delle linee di indirizzo del Ministero della salute)

1. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero della salute, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281,

provvede all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017, e all'aggiornamento delle linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali per la diagnosi e la cura dell'epilessia. Le linee di indirizzo sono aggiornate con cadenza almeno triennale.

2. La verifica dell'attuazione e dell'aggiornamento delle linee di indirizzo di cui al comma 1 del presente articolo costituisce adempimento del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 9 dell'Intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla *Gazzetta Ufficiale* n. 105 del 7 maggio 2005.

Art. 3.

(Attività di ricerca)

1. Il Ministro della salute promuove lo sviluppo di progetti di ricerca sull'epilessia con la finalità di migliorare i processi diagnostici e terapeutici e facilitare il superamento dello stigma nei confronti delle persone con epilessia.

Art. 4.

(Certificazione per la decadenza delle limitazioni e dei benefici derivanti dal precedente stato patologico)

1. In presenza di una certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o disciplina affine che, in coerenza con le linee guida nazionali e internazionali, attesti

che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile o che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi cinque anni, o che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale, decadono tutte le limitazioni derivanti dal precedente stato patologico e gli eventuali benefici alla stessa già concessi in dipendenza di quest'ultimo.

Art. 5.

(Persone con epilessia in condizione di farmacoresistenza)

1. Ai fini della presente legge s'intende per « farmacoresistenza » la condizione nella quale versa la persona con epilessia che non è libera da crisi epilettiche nonostante appropriatezza della terapia che assume.

2. La condizione di farmacoresistenza delle persone con epilessia è certificata da un medico specialista in neurologia o disciplina affine, in coerenza con le linee guida nazionali e internazionali.

3. La certificazione di cui al comma 2 deve contenere l'indicazione della data della diagnosi di farmacoresistenza e, qualora ne ricorrano i presupposti, il diritto della persona con epilessia in condizione di farmacoresistenza a vedersi riconosciute le agevolazioni previste per la ridotta mobilità e, in particolare, il diritto a vedersi riconosciuto il rilascio del contrassegno di cui all'articolo 381 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495.

4. Il riconoscimento di cui al comma 3 è effettuato dal soggetto competente ai sensi della normativa vigente.

5. Alla persona con epilessia in condizione di farmacoresistenza certificata che richieda il riconoscimento dello stato di inva-

lidità civile è riconosciuta, dalla commissione medico legale di cui all'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, l'invalidità minima del 46 per cento e, se già occupata in azienda pubblica o privata, l'invalidità minima del 60 per cento anche ai sensi dell'articolo 4, comma 3-bis, della legge 12 marzo 1999, n. 68.

6. È fatto salvo il diritto della persona con epilessia in condizione di farmacoresistenza, ove ne ricorrono i presupposti, di ottenere il riconoscimento di un grado di invalidità superiore a quello previsto dal comma 4 del presente articolo e della connotazione di gravità di cui all'articolo 3, commi 1 e 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

7. Ai fini dell'accertamento dello stato di invalidità, la persona con epilessia in condizione di farmacoresistenza, a prescindere dalla percentuale di invalidità riconosciuta, non può essere sottoposta a revisione della stessa con una frequenza inferiore al periodo per il quale la farmacoresistenza è stata certificata.

Art. 6.

(Gestione delle persone con epilessia nella scuola)

1. Il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca e il Ministero della salute garantiscono la sensibilizzazione e l'informazione sull'epilessia nelle scuole di ogni ordine e grado attraverso idonei piani di formazione rivolti al personale che vi opera, inclusi i dirigenti scolastici, al fine di evitare situazioni che costituiscono grave pericolo per la sicurezza degli studenti con epilessia ed eliminare i pregiudizi e le discriminazioni che limitano la loro integrazione sociale e conducono alla loro stigmatizzazione.

2. La famiglia dell'alunno o dello studente con epilessia o lo studente stesso, se maggiorenne, prima ancora dell'inserimento

scolastico o, tempestivamente, nel caso in cui l'evento patologico cronico si manifesti nel corso dell'anno scolastico, presenta al dirigente scolastico la richiesta per la somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico, secondo i modelli di cui agli allegati I e II, corredata dal piano terapeutico individuale (PTI), redatto a cura del medico specialista in neurologia o disciplina affine, secondo il modello di cui all'allegato III.

3. Il dirigente scolastico, entro il termine di dieci giorni dalla presentazione del PTI, istituisce e convoca il gruppo di coordinamento, al fine di definire e adottare modalità appropriate per assicurare la continuità terapeutica e la corretta gestione delle emergenze in orario scolastico.

4. Sono membri del gruppo di coordinamento di cui al comma 3:

a) il dirigente scolastico o un suo delegato;

b) i genitori dell'alunno o dello studente con epilessia o lo studente, se maggiorenne;

c) il direttore del distretto sanitario o un suo delegato, scelto tra medico scolastico, pediatra di comunità, specialista ambulatoriale, pediatra di libera scelta o medico di medicina generale.

5. Possono, altresì, essere membri del gruppo di coordinamento di cui al comma 3:

a) il rappresentante dell'ente del terzo settore che i genitori dell'alunno o dello studente o lo studente, se maggiorenne, hanno facoltà di nominare, in qualsiasi momento; lo studente maggiorenne destinatario del servizio di assistenza alla persona, comunque denominato;

b) il sindaco o un suo delegato;

c) il delegato della cooperativa appaltatrice del servizio assistenziale.

6. Il gruppo di coordinamento adotta protocolli operativi, che prevedano idonea e specifica formazione in favore del personale scolastico, coerenti con il PTI, e che rispettino i requisiti previsti per assicurare la continuità terapeutica e l'intervento in caso di emergenza, secondo i modelli di cui, rispettivamente, agli allegati IV e V. Quanto previsto dai protocolli operativi si configura come attività che non richiede il possesso di competenze tecnico-sanitarie, né l'esercizio di discrezionalità da parte di chi interviene.

7. Per garantire la continuità terapeutica in orario scolastico, la somministrazione dei farmaci deve soddisfare tutti i seguenti criteri:

- a) essere prevista dal PTI;
- b) essere disponibile in orario scolastico;
- c) non essere discrezionale da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrarlo, né in relazione ai tempi, alla posologia, alle modalità di somministrazione o di conservazione;
- d) essere praticabile da parte di personale non sanitario adeguatamente formato;
- e) non ostacolare l'integrazione dell'allunno o dello studente nel contesto scolastico.

8. Per la gestione delle emergenze l'intervento è dettato esclusivamente dalla necessità di prestare soccorso in breve tempo, configurandosi uno stato di necessità laddove l'omissione dell'intervento potrebbe determinare l'insorgenza di gravi complicazioni o dello stato epilettico. Per garantire la somministrazione dei farmaci in caso di emergenza, in orario scolastico, devono essere soddisfatti tutti i seguenti criteri:

- a) essere assicurata la pronta disponibilità dei farmaci previsti dal PTI, da somministrare in caso di crisi epilettiche;

b) essere stabilita la modalità di conservazione e somministrazione dei farmaci;

c) essere indicato nel PTI l'evento in cui occorre procedere alla somministrazione e le istruzioni per la somministrazione del farmaco in emergenza;

d) prevedere che l'intervento sia praticabile da parte di personale non sanitario e non deve richiedere discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, in relazione alle modalità, ai tempi e alla posologia.

9. I genitori dell'alunno o dello studente o lo studente, se maggiorenne, possono decidere di procedere direttamente o tramite loro delegati alla somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico, sia per garantire la continuità terapeutica sia in caso di emergenza. In tal caso deve essere assicurata alle persone incaricate della somministrazione la possibilità di accedere ai locali scolastici in coerenza con il protocollo operativo stabilito dal gruppo di coordinamento.

Art. 7.

(Estensione della tutela del diritto antidiscriminatorio alle persone con epilessia)

1. Le persone con epilessia non devono essere discriminate in ragione della loro malattia. L'adozione nei confronti di persona con epilessia di comportamenti che, ai sensi dell'articolo 3 della Costituzione, comportino la violazione del principio di parità di trattamento, anche parziale o temporanea, deve essere giustificata sulla base di idonea certificazione, rilasciata da medico specialista in neurologia o disciplina affine, contenente la specifica indicazione delle ragioni cliniche che giustificano la disparità di trattamento.

2. Alla persona con epilessia si applica la legge 1° marzo 2006, n. 67, nei seguenti casi:

a) qualora venga discriminata in ragione della sua malattia;

b) qualora a seguito della certificazione di cui all'articolo 4, non si facciano decadere, nei suoi confronti, tutte le limitazioni derivanti dal precedente stato patologico.

Art. 8.

(Politiche regionali in materia di epilessia)

1. Nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica e tenuto conto del nuovo Patto per la salute 2014-2016, con la procedura prevista dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017, si provvede all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza con l'inserimento, per quanto attiene all'epilessia, delle prestazioni necessarie per una diagnosi precoce, della cura e del trattamento individualizzato, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche disponibili.

2. I livelli essenziali di assistenza per l'epilessia devono prevedere, in ogni caso:

a) per i soggetti già in possesso di diagnosi di epilessia, prima visita neurologica o neuropsichiatrica infantile;

b) visita di controllo;

c) le seguenti indagini elettroencefalografiche:

1) EEG *Standard*;

2) EEG dinamico 24h;

3) video-EEG, poligrafia;

4) poligrafia con videoregistrazione;

5) polisonnografia con videoregistrazione;

d) le seguenti indagini di neuro-immagine:

1) tomografia computerizzata (TC) cerebrale;

2) risonanza magnetica (RM) con e senza mezzo di contrasto;

3) angio-TC;

4) angio-RM;

5) tomografia con emissione di positroni (PET);

6) scintigrafia cerebrale;

7) tomografia computerizzata ad emissione di fotoni singoli (SPECT);

e) esami ematochimici di *routine*;

f) dosaggi plasmatici di tutti i farmaci antiepilettici.

3. Ai fini di cui al comma 1, il Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, conferisce a queste ultime i seguenti compiti:

a) in caso di mancata adozione alla data di entrata in vigore della presente legge, adottare percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA) per la presa in carico di minori, adolescenti e adulti con epilessia;

b) istituire, presso ogni regione, centri di riferimento con compiti di coordinamento dei servizi stessi nell'ambito della rete sanitaria regionale e delle province autonome di Trento e di Bolzano, che garantiscono il funzionamento dei servizi di assistenza sanitaria alle persone con epilessia e provvedono ad assicurare un trattamento specifico, profilattico e sintomatico, anche domiciliare, ai soggetti con epilessia, in collaborazione con enti del terzo settore delle persone con epilessia e loro familiari;

c) garantire forme di assistenza specifica, integrativa degli interventi svolti dal servizio sanitario regionale, finalizzate all'ottimale inserimento sociale dei malati verificandone l'evoluzione e adottare misure

idonee al conseguimento dei seguenti obiettivi:

1) la qualificazione dei compiti di cui al presente comma costituiti da unità funzionali multidisciplinari per la cura e, ove necessario, la riabilitazione delle persone con epilessia;

2) la definizione di *equipe* dedicate, nell'ambito dei servizi di neuropsichiatria dell'età evolutiva e dei servizi per l'età adulta, delle quali facciano parte gli enti del terzo settore rappresentanti delle persone con epilessia, che partecipino alla definizione del piano di assistenza, ne valutino l'andamento e svolgano attività di consulenza anche in sinergia con le altre attività dei servizi stessi;

3) la promozione dell'informazione e l'introduzione di un coordinatore degli interventi multidisciplinari;

4) la promozione del coordinamento degli interventi e dei compiti di cui al presente comma per assicurare la continuità dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali nel corso della vita della persona con epilessia;

5) l'incentivazione di progetti dedicati alla formazione e al sostegno delle famiglie che hanno in carico persone con epilessia e che ne facciano richiesta;

6) la disponibilità sul territorio di strutture semi-residenziali e residenziali accreditate, pubbliche e private, con competenze specifiche sull'epilessia e, in particolare, sull'epilessia in condizione di farmacoresistenza, in grado di effettuare la presa in carico di soggetti minori, adolescenti e adulti con epilessia, anche in condizione di farmacoresistenza;

7) la promozione di progetti finalizzati all'inserimento lavorativo di persone adulte con epilessia, idonei a valorizzarne le capacità e l'idoneità al lavoro, a prescindere

dal grado di gravità della malattia, e a impedire ogni forma di discriminazione.

Art. 9.

(Norme in materia di rilascio della patente di guida in favore delle persone affette da epilessia)

1. I costi per il rilascio e per il rinnovo delle patenti di guida, speciali o sottoposte a restrizioni, non possono superare, per identici periodi di tempo, i costi per il rilascio e per il rinnovo delle patenti ordinarie di guida.

2. I benefici riguardanti la scelta della sede di lavoro e il trasferimento, previsti dall'articolo 21 e dall'articolo 33, comma 6, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, sono estesi a tutti i soggetti con epilessia che, a causa della loro condizione patologica, non sono abilitati alla guida di un veicolo.

3. All'allegato III del decreto legislativo 18 aprile 2011, n. 59, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il punto D.4. è sostituito dal seguente:

« D.4. Il conseguimento/rinnovo della patente delle persone che in forza di certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in una disciplina affine che, in coerenza con le linee guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi cinque anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale, non è più soggetto a restrizioni o limitazioni »;

b) il primo periodo del punto D.5. è sostituito dal seguente: « Le persone affette da

epilessia in terapia e senza crisi da almeno un anno possono ottenere il rilascio o il rinnovo della patente speciale di guida per le categorie A e B per un periodo pari a quello dell'assenza di crisi »;

c) dopo il punto D.5. è inserito il seguente:

« *D.5.bis.* Previa presentazione di una certificazione medica specialistica attestante la diagnosi di una forma di epilessia che non compromette la capacità del soggetto di guidare ogni tipo di veicolo e previo accertamento effettuato dalla competente commissione medico legale, il medesimo soggetto ha diritto al rilascio e al rinnovo della patente ordinaria di guida »;

d) al punto D.7.1., secondo capoverso, il secondo periodo è soppresso;

e) al punto D.8.1., il primo periodo è sostituito dal seguente: « Il candidato deve essere in possesso di certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in una disciplina affine che, in coerenza con le linee guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi cinque anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale »;

f) al punto D.8.3., primo periodo, le parole da: « guida » fino alla fine del punto sono sostituite dalle seguenti: « se in possesso di certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in una disciplina affine che, in coerenza con le linee guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di

farmaci epilettici negli ultimi cinque anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale »;

g) il punto D.8.5 è abrogato.

Art. 10.

(Osservatorio nazionale permanente per l'epilessia)

1. È istituito, presso il Ministero della salute, l'Osservatorio nazionale permanente per l'epilessia, con il compito di tutelare il diritto delle persone con epilessia a non essere discriminate in ragione della loro malattia e ad avere su tutto il territorio nazionale adeguati livelli di assistenza, uniformi e omogenei.

2. L'Osservatorio è composto da nove membri nominati dal Ministro della salute, di cui: un presidente proposto dal Ministro stesso; quattro proposti da enti del terzo settore operanti sul territorio nazionale rappresentativi delle persone con epilessia, scelti tra soggetti in possesso di qualifica dell'Accademia europea dei pazienti per l'innovazione terapeutica (EUPATI) o equipollente; quattro scelti tra i medici con specifiche e documentate competenze in materia epilettologica, proposti dalle società scientifiche di riferimento operanti sul territorio nazionale incluse nel registro del sistema nazionale linee guida. Alla prima convocazione la Commissione adotta il regolamento recante le norme per il suo funzionamento, prevedendo che le sue decisioni vengono prese a maggioranza.

3. L'Osservatorio definisce il Piano nazionale per l'epilessia, con il quale:

a) propone al Governo gli indirizzi programmatici riguardanti le epilessie, ai fini della definizione del Piano sanitario nazionale (PSN), del Piano nazionale della croni-

città (PNC), del Piano di formazione per la gestione delle epilessie in ambito scolastico;

b) monitora l'adozione da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano delle iniziative di cui all'articolo 8 proponendo, ove necessario, gli interventi ritenuti opportuni per il conseguimento degli obiettivi alle quali esse sono preordinate;

c) propone alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano l'adozione di percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA) di presa in carico delle persone con epilessia e, ove già adottati, ne valuta l'idoneità;

d) predisporre la revisione e l'aggiornamento della tabella di cui al decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992, pubblicato nel supplemento ordinario n. 43 alla *Gazzetta Ufficiale* n. 47 del 26 febbraio 1992;

e) incentiva l'adozione di linee guida sul trattamento delle epilessie in tutte le età della vita, sulla base dell'evoluzione delle conoscenze fisiopatologiche e terapeutiche derivanti dalla letteratura scientifica e dalle buone pratiche nazionali e internazionali;

f) adotta le azioni necessarie al superamento di ogni pregiudizio sull'epilessia e all'integrazione sociale delle persone con epilessia nonché a promuovere la ricerca, l'assistenza e la cura delle epilessie.

4. L'Osservatorio, per il raggiungimento dei suoi fini istituzionali può chiedere che i suoi rappresentanti vengano sentiti dai Ministeri competenti, dall'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Art. 11.

(Copertura finanziaria)

1. All'onere derivante dall'attuazione dell'articolo 6, valutato in un milione di euro annui a decorrere dall'anno 2019, si provvede per l'anno 2019, mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2019-2021, nell'ambito del programma «Fondi di riserva e speciali» della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2019, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute, e a decorrere dall'anno 2020 mediante corrispondente riduzione della dotazione organica del Fondo per interventi strutturali di politica economica, di cui all'articolo 10, comma 5, del decreto-legge 29 novembre 2004, n. 282, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 dicembre 2004, n. 307.

ALLEGATO I
(articolo 6, comma 2)

**Fac-simile di richiesta per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico
(in caso di alunno/a minorenni)**

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative
Scuola/Istituto Comprensivo

Nome.....

Via.....

Località..... Provincia.....

Io sottoscritto/a (Cognome Nome)

genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome)

nato a il.....

residente a in Via.....

che frequenta la classe sezione

della scuola

sita in Via Cap

Localitàprov.

consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie, informato/a sulle procedure attivate da codesta Istituzione Scolastica per la somministrazione di farmaci in orario scolastico, secondo procedure predefinite e concordate,

CHIEDO

(barrare la scelta)

di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a

oppure:

che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da certificazione medica allegata (scrivere nome commerciale).....

Consegno n..... confezioni integre.

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03.

In fede

Firma del genitore o chi ne fa le veci

.....

Numeri di telefono utili:

famiglia/pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

ALLEGATO II
(articolo 6, comma 2)**Fac-simile per la comunicazione di assunzione di farmaci in orario ed ambito scolastico
(in caso di alunno/a maggiorenne)**

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative

Scuola/Istituto Comprensivo

Nome.....

Via.....

Località..... Provincia

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome)

nato ail.....

residente a in Via..... tel.....

studente/studentessa che frequenta la classe sezione

della scuola

sita in ViaCap

Localitàprov.

COMUNICO

che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome commerciale).....

come da certificazione medica allegata.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone) (barrare la scelta):

SI' NO

In fede

Firma dell'interessato/a

.....
Data

ALLEGATO III
(articolo 6, comma 2)**Fac-simile Piano Terapeutico Individuale (PTI) per la somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico**

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative

Scuola/Istituto Comprensivo

Nome.....

Via.....

Località..... Provincia.....

Constatata la assoluta necessita SI PRESCRIVE la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico all'alunno/a

Cognome e Nome

data e luogo di nascita.....

residente ain Via.....tel.....

A) Nome commerciale del farmaco

Durata della terapia:

dal al

per l'intero anno scolastico

1 A) Somministrazione quotidiana:

Orario e dose da somministrare

Mattina..... dose.....

Pasto..... dose.....

Pomeriggio..... dose.....

Modalità di somministrazione

.....

2 A) Somministrazione al bisogno:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

.....

.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta): SI NO

Modalità di conservazione

.....

Note per eventuali effetti collaterali

.....

Note di formazione specifica per personale scolastico

.....

B) Nome commerciale del farmaco salvavita

Modalità di somministrazione

.....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

.....

.....

Modalità di conservazione

.....

Note per eventuali effetti collaterali

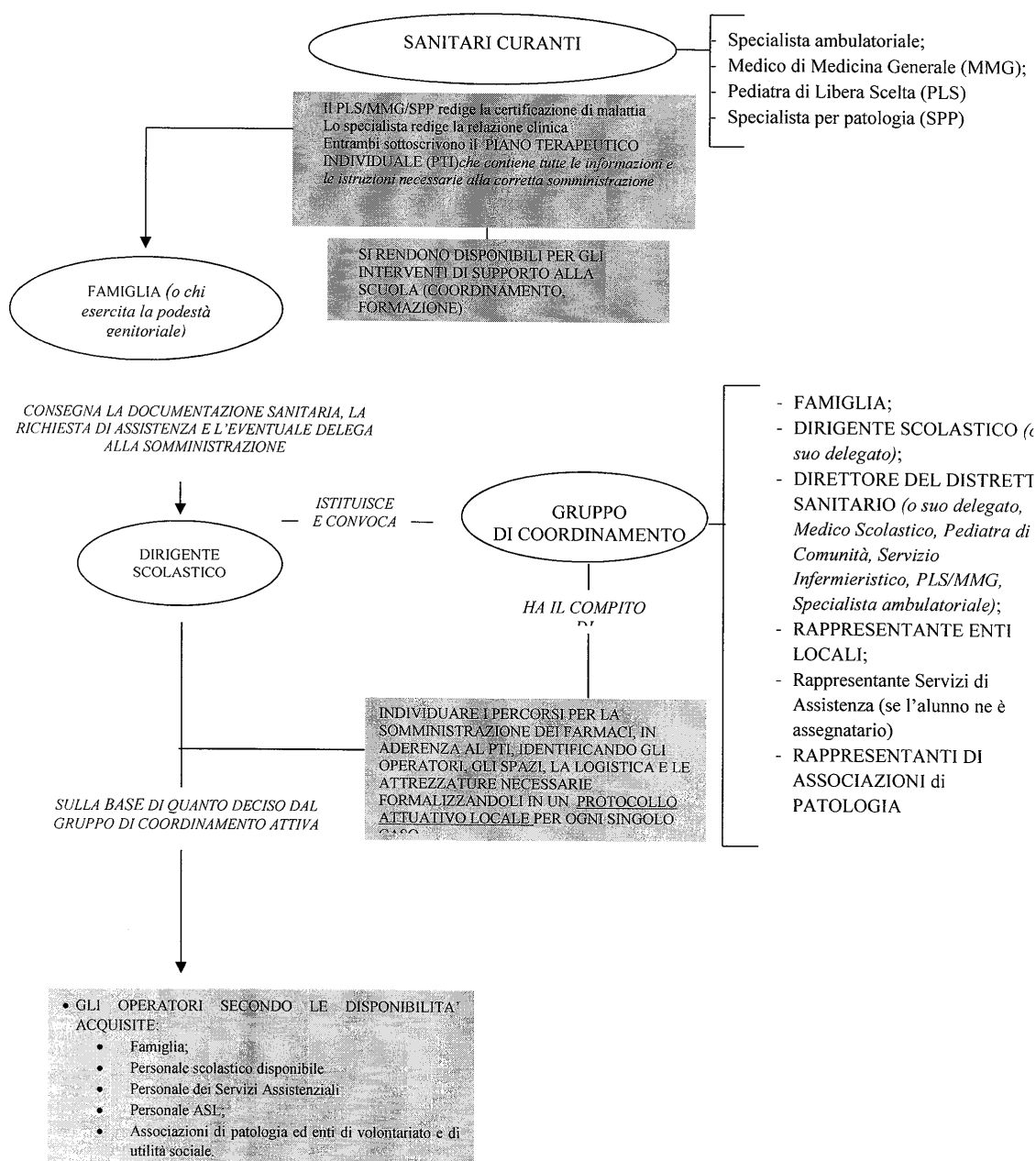
.....

Note di formazione specifica per personale scolastico

.....

Data

Medico (Timbro e Firma)

ALLEGATO IV
(articolo 6, comma 6)**Modello di intervento per la somministrazione dei farmaci per assicurare la continuità terapeutica**

ALLEGATO V
(articolo 6, comma 6)

Flow chart: percorso per la somministrazione dei farmaci in emergenza

